

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1889

THÈSE

N°

47

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 19 Décembre 1889, à 1 heure

Par FERNAND MOUSSAUD

Né à Mauzé (Deux-Sèvres), le 17 Novembre 1863

DES

VARICES DE LA VULVE

ET DES

HÉMORRHAGIES CONSÉCUTIVES A LEUR RUPTURE

Président : M. DUPLAY, professeur.

Juges { MM. MATHIAS DUVAL, professeur.
QUÉNU et BAR, agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

47

Année 1889

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 19 Décembre 1889, à 1 heure

Par FERNAND MOUSSAUD

Né à Mauzé (Deux-Sèvres), le 17 Novembre 1863

DES

VARICES DE LA VULVE

ET DES

HÉMORRHAGIES CONSÉCUTIVES A LEUR RUPTURE

Président : M. DUPLAY, professeur.

Juges { MM. MATHIAS DUVAL, professeur.
QUÉNU et BAR, agrégés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1889

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DAMASCHINO.
	{ DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....	{ GUYON.
	{ LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	DUPLAY.
Pharmacologie.....	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.....	HAYEM.
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
Clinique médicale.....	{ SEE (G.).
	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
	{ GRANCHER.
Clinique des maladies des enfants.....	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.....	BALL.
Clinique des maladies nerveuses.....	CHARCOT.
Clinique chirurgicale.....	{ RICHET.
	{ VERNEUIL.
	{ TRELAT.
	{ LE FORT.
Clinique ophtalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchements.....	{ TARNIER.
	{ PINARD.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.

Professeurs honoraires : MM. GAVARRET, SAPPEY, HARDY et PAJOT.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
BALLET.	GILBERT.	NÉLATON.	RIEMONT-DESSAIGNES.
BAR.	GLEYS.	NETTER.	RICARD.
BLANCHARD.	HANOT.	POIRIER, Chef des	ROBIN (Albert).
BRISAUD.	HANRIOT.	travaux anatomiques.	SCHWARTZ.
BRUN.	HUTINEL.	POUCHET.	SEGOND.
CAMPENON.	JALAGUIER.	QUENU.	TROISIER.
CHANTEMESSE.	KIRMISSON.	QUINQUAUD.	TUFFIER.
CHAUFFARD.	LETULLE.	REITTERER.	VILLEJEAN.
DEJERINE.	MARIE.	REYNIER.	WEISS.
FAUCONNIER.	MAYGRIER.		

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Je dédie cette thèse à mon bien-aimé et bien vénéré
PÈRE, le savant modeste et bon, dont la noble
intelligence, l'amour si profond, le dévouement de
chaque instant, m'ont tracé dans la vie une route si
facile, et rendu bien lourd à mon affection filiale le
doux fardeau de la reconnaissance.

A MA BIEN-AIMÉE MÈRE

A TOUS LES MIENS ET AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DUPLAY

Chirurgien de l'hôpital Beaujon

Depuis l'année 1880, à part quelques travaux apportant peu de documents nouveaux, la thèse d'agrégation de notre cher et honoré maître, le docteur Budin, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, accoucheur de la Charité, reste le seul ouvrage complet sur les varices de la vulve et les graves accidents causés par leur rupture.

Depuis cette époque, les observations se sont multipliées, tant en France qu'à l'étranger, et, sous l'inspiration de notre savant maître de la Charité, nous avons cru intéressant de réunir les faits épars sur cette matière, en y ajoutant de nouveaux et précieux documents sortis en grande partie du service de notre maître M. Budin.

Qu'il me soit permis de lui dire quelle profonde gratitude je garde et je garderai toujours pour son savant enseignement, et pour les bontés toutes particulières et la bienveillante affection qu'il n'a cessé de me prodiguer.

Je remercie bien vivement, M. le professeur Duplay, chirurgien de l'hôpital Beaujon, du grand honneur qu'il me fait en acceptant la présidence de ma thèse, et de la haute protection dont il a couvert son élève, indigne d'une telle faveur.

Je prie mon jeune et savant maître, le docteur Brocq, médecin des hôpitaux, de croire combien j'ai été profondément touché de la bienveillance si grande et jamais en défaut, dont il n'a cessé de me combler.

Je dépose aux pieds de mes chers maîtres, M. le Dr Debove, médecin de l'hôpital Andral, professeur agrégé à la Faculté, et M. le Dr Delens, chirurgien de Lariboisière, professeur agrégé à l'École de médecine, le faible hommage de ma vénération et de ma reconnaissance.

J'adresse mes plus sincères remerciements à mon jeune collègue et ami le docteur Élie Vèzes, à l'amabilité et à l'érudition duquel je dois de précieux documents étrangers.

DES
VARICES DE LA VULVE

ET DES
HÉMORRHAGIES CONSÉCUTIVES À LEUR RUPTURE

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La région vulvaire est, à l'état normal, douée d'un réseau vasculaire très riche, renforcé d'ailleurs par la présence d'un organe érectile, le clitoris. Les artères de cette région sont : la périnéale superficielle qui va aux grandes et aux petites lèvres, l'artère caverneuse et la dorsale du clitoris qui fournissent à cet organe. Les ramifications de ces branches principales s'anastomosent avec : la transverse du périnée, branche de la honteuse interne, avec des rameaux de l'hémorrhoidale moyenne et de la vaginale ; de plus elles communiquent par l'intermédiaire de ces dernières avec l'utérine et ses branches. Toutes ces artères venues de l'hypogastrique forment

donc un riche plexus anastomosé, auquel correspond un réseau non moins riche de canaux veineux. Signe important pour l'explication des varices de cette région : les veines vulvaires ne sont pas munies de valvules ; elles communiquent largement entre elles et avec les plexus voisins, et suivent, à peu de chose près, le trajet des artères correspondantes. Les veines du clitoris s'abouchent avec la dorsale profonde du clitoris et s'anastomosent avec les veines du plexus vésical ; celles des petites lèvres vont à la honteuse interne et communiquent ainsi que celles des grandes lèvres avec les sinus utérins par l'intermédiaire du plexus tapissant les parois du vagin. Les veines des grandes lèvres sont tributaires des honteuses externes qui se rendent dans la saphène interne ; d'où large anastomose du réseau veineux des organes génitaux externes avec celui des membres inférieurs.

Cette continuité des veines utérines avec les veines vulvaires expliquerait mécaniquement l'augmentation de la richesse veineuse à laquelle participe la région vulvaire au moment de la grossesse.

Il n'est donc pas extraordinaire de trouver des varices dans des organes dont la vascularité à l'état normal déjà fort grande est encore augmentée pendant la parturition par la suractivité générale de la circulation génitale.

Ce sont ces varices, et les accidents qu'elles occasionnent, que nous nous sommes proposé d'étudier, en résumant autant que possible dans ce travail tout ce qui a été dit à ce sujet.

Situation. — Les varices de la vulve peuvent exister

sur les grandes lèvres, sur le clitoris et son prépuce, sur les petites lèvres, simultanément ou isolément. En général elles sont assez disséminées dans la région vulvaire ; un seul côté peut être atteint, l'autre restant indemne. Notre cher maître le Dr Budin enseigne que leur siège de prédilection, de début, serait dans le pli qui sépare la grande lèvre de la petite ; de là elles s'étendent à la petite lèvre, à la grande, rarement la fourchette. Les veines clitoridiennes restent toujours plus petites ; elles sont superficielles, plus minces, se rompant souvent ; on les rencontre surtout au repli muqueux appelé capuchon ou prépuce du clitoris : symptôme spécial des varices de cet organe : elles donnent lieu à un prurit intense et insupportable.

Les varices vulvaires coïncident habituellement avec celles des cuisses et des jambes. Elles peuvent se présenter en même temps que ces dernières, dès la première grossesse ; mais en général elles surviennent dans les suivantes : à la première grossesse, dit Cazin, on trouve des varices aux jambes ; à la deuxième aux jambes et aux cuisses ; à la troisième la vulve est envahie à son tour.

Exceptionnellement, disent Tarnier et Budin, on a pu voir des varices vulvaires sans en trouver trace sur le reste du corps.

Les quelques et rapides considérations d'anatomie énumérées plus haut expliquent que ces phlébectasies puissent se continuer directement et visiblement avec celles de la partie supérieure de la cuisse, celles des grandes lèvres particulièrement ; on peut alors suivre le tra-

jet apparent plus ou moins sinueux de ces dilatations sur le parcours des veines honteuses externes.

Volume et forme. — L'aspect et le volume de ces varices peuvent varier beaucoup depuis la simple dilatation, l'élevure régulière jusqu'à des tumeurs formant paquet, de la grosseur d'une noisette ou d'une noix ; tantôt affectant la forme serpentine, tantôt la variété moniliforme, elles ressemblent parfois à des amas tortueux, cérébri-formes, complètement analogues à ces masses réductibles qu'on trouve dans les varices des membres inférieurs.

Voici une observation de R. Barnes sur un cas de varices moniliformes prises pour un cancer de la vulve.

(*British. med. Journal*, 1875.) Enormes varices vulvaires et vaginales pendant hors de la vulve chez une multipare.

OBSERVATION I

On trouve sur la face externe des lèvres une masse constituée par des tuméfactions molles et arrondies qui s'étendent le long de l'urèthre et remplissent le vagin ; ce sont des varices moniliformes qu'on avait prises pour un cancer, l'accouchement fut normal ; les varices disparurent après.

Cruveilhier, dans son Anatomie pathologique générale rapporte un cas de varices serpentes.

OBSERVATION II

Une femme de 37 ans, ayant eu deux enfants, avait des varices serpentes occupant la face interne des deux grandes

lèvres, s'étendant jusque sur le côté du clitoris. Il était aisé de voir qu'il n'y avait aucune communication entre les veines dilatées et flexueuses, dont l'agglomération constituait une tumeur noueuse, légèrement proéminente. Je n'ai pas aperçu de varices ampullaires; ces veines étaient formées au dépens du réseau sous-muqueux.

Coloration. — Elle est variable selon la région d'implantation des varices : violacées à la face interne des grandes lèvres, elles sont généralement de coloration normale ou tout au plus bleuâtre sur la peau. Au clitoris elles sont toujours bleu assez foncé; d'ailleurs la coloration est souvent masquée par la pigmentation de la peau et par la couleur lie-de-vin des muqueuses au moment de la grossesse.

Symptômes. — En général les varices vulvaires sont assez facilement supportées : parfois elles amènent une gêne qui, souvent légère, peut pourtant devenir assez pénible : c'est une sensation de poids, de tiraillements aux parties où les femmes se plaignent d'ardeurs; chez d'autres ce sont des démangeaisons très vives les forçant à se gratter continuellement, et nous verrons tout à l'heure que le grattage peut amener des accidents très graves; d'autres enfin ont une leucorrhée plus ou moins abondante qui peut être le fait des varices vulvaires.

Diagnostic. — Il suffira de regarder attentivement pour ne pouvoir faire une erreur de diagnostic. Le toucher fera sentir une tumeur molle, réductible, inégale, se reformant sous le doigt qui l'a comprimée, augmentant par

la station debout et les efforts. La confusion ne sera pas possible avec l'œdème vulvaire, qui coïncide quelquefois avec les varices vulvaires, pendant le travail : l'œdème est plus pâle, le doigt y laisse un godet blanchâtre qui ne se comble que très lentement.

Blot a bien indiqué le diagnostic d'ailleurs facile des varices et des thrombus de cette région ; tandis que la varice se développe lentement, le thrombus se forme brusquement ; les phlébectasies réductibles à la pression diminuent par la position horizontale, augmentent dans la station verticale et aux efforts ; le thrombus forme une tumeur irréductible, indifférente aux attitudes et aux efforts de l'organisme. La tumeur variqueuse est inégale, tortueuse ; les téguments du thrombus sont au contraire lisses, tendus, sans inégalités.

Il faudra encore au diagnostic songer que les varices du vagin peuvent être assez volumineuses et pédiculisées pour faire, dans certains cas, saillie à travers l'orifice vulvaire.

Pronostic. — Par elles-mêmes les varices de la vulve n'offrent aucune gravité, un peu de gêne, de démangeaison ; mais une complication redoutable, la rupture, qui fera le sujet de cette étude, doit faire réserver le pronostic. Il est à examiner dans trois cas : a) Pendant la grossesse, la rupture peut survenir à toutes les époques, mais surtout dans les derniers mois et amener des hémorragies graves.

b) Pendant l'accouchement, la tumeur variqueuse peut devenir un obstacle au passage de la tête à travers la

vulve, un danger pour l'enfant, qui souffre, et pour la mère, exposée à une hémorrhagie vulvaire ou à l'épuisement d'un travail prolongé. Le passage de la tête à travers l'orifice vulvaire est alors d'autant plus difficile que les contractions utérines font bomber les tumeurs variqueuses, et la compression des parois vulvaires par la tête fœtale empêchant la circulation en retour, le sang s'accumule de plus en plus, la tumeur augmente de volume, devient irréductible ; une déchirure est imminente et l'on doit quelquefois recourir au forceps. Voici une observation de Delanoy (de Boulogne-sur-Mer) où l'heureuse issue a été probablement due à l'intervention.

OBSERVATION III

M^{me} Lerovillois, 32 ans, robuste, bien conformée, varices nombreuses aux cuisses et aux jambes. Accouche pour la 6^e fois ; les autres couches ont été ordinairement rapides. Cette fois, quoique la présentation soit normale, le travail dure depuis 8 heures. Depuis 3 heures, la sage-femme remarque que la tête engagée n'avance pas et qu'elle est empêchée dans son évolution par plusieurs petites tumeurs de la grosseur d'une aveline formant dans leur ensemble une sorte de bourrelet entre la vulve et la tête de l'enfant.

L'index introduit environ de la moitié de sa longueur touche la tête du fœtus ; il est comprimé de toutes parts pendant les contractions par les tumeurs sus-désignées au nombre de 3 ou 4, qui, molles et réductibles en dehors des contractions, deviennent irréductibles et très dures pendant les douleurs.

L'application du forceps, précédée de l'introduction de la main en dehors des contractions se fait aisément et une légère traction amène la tête de l'enfant, sans qu'aucune des tumeurs en question ne se rompe.

c) Après l'accouchement le pronostic est absolument bénin, les varices vulvaires disparaissent avec la cause qui les a engendrées, c'est-à-dire avec la sortie du fœtus. Cette disparition a toujours lieu, même si les varices des membres inférieurs persistent, ce qui se conçoit facilement, les varices vulvaires n'ayant pas identiquement les mêmes causes que celles des membres inférieurs. Quant à la disparition des varices en cas de mort du fœtus ou de l'embryon dans l'utérus, la question n'est pas encore complètement élucidée, les varices vulvaires suivent en cette occurrence la marche des phlebectasies des membres inférieurs.

Pathogénie. — Nous ne ferons que résumer en passant les causes des varices vulvaires; ce sont les mêmes que celles indiquées pour les dilatations veineuses des autres régions.

Trois ordres de causes interviennent :

a) Les causes mécaniques : il y a augmentation de toute la circulation des organes génitaux au moment de la grossesse; élargissement du diamètre des vaisseaux, ralentissement du cours du sang, compression par le fœtus des gros troncs veineux, d'où interception de la circulation en retour, tout en admettant l'afflux du sang par les artères : d'où stase de plus en plus grande.

b) Les modifications survenues dans la qualité du sang pendant la grossesse : les auteurs modernes parlent de la pléthore séreuse, de la polyhémie séreuse, qui produirait une augmentation de tension vasculaire. Ces théories demandent à être prouvées physiologiquement.

On pourrait peut-être invoquer un autre ordre de causes se rapportant à des altérations pathologiques du sang, telles que l'hémophilie, l'albuminurie gravidique de Peter, qui rendraient le sang plus fluide.

c) Les modifications du système nerveux. Robert et Faucourt Barnes admettent pendant la grossesse une augmentation de l'influx nerveux qui agit sur l'appareil circulatoire tout entier et qui, s'ajoutant aux causes ci-dessus énoncées, favorise l'augmentation de tension vasculaire.

Complications. — Parmi les accidents auxquels peuvent donner naissance en obstétrique les varices de la vulve, il en est d'extrêmement rares, très bénins que nous allons énumérer sans nous y arrêter.

1° L'œdème de la vulve, peu fréquent, facilement reconnaissable, amenant une augmentation de volume de tous les organes génitaux externes ; blanc grisâtre, gardant l'empreinte du doigt, pouvant retarder l'accouchement en s'opposant à la dilatation de la vulve.

2° L'inflammation. Marquet a publié une observation de phlébite des veines vulvaires ; un abcès fut la conséquence de l'inflammation d'une varice des grandes lèvres, coïncidant avec une phlébite variqueuse des membres inférieurs.

3° Hervieux a rapporté un cas de vaginalite puerpérale hypertrophique où l'on a pu jusqu'à un certain point établir une relation entre l'inflammation et l'état morbide des veines. Béhier a relaté un cas analogue.

4° Une complication plus fréquente est le thrombus,

bien étudié par M. Budin dans sa thèse d'agrégation de 1880. Nous ne voulons pas nous en occuper ici pour nous consacrer au plus fréquent et au plus grave des accidents des varices vulvaires :

5° La rupture.

Nous étudierons cette complication dans les trois périodes de la parturition.

I. — Pendant la grossesse.

II. — Pendant l'accouchement.

III. — Après l'accouchement.

Puis nous tracerons les indications du traitement en conservant les mêmes divisions que pour l'étude du symptôme et de ses causes.

I. — RUPTURE DES VARICES PENDANT LA GROSSESSE

C'est généralement dans les trois derniers mois de la parturition, rarement pendant le cinquième mois, que se fait la rupture : ce qui se conçoit facilement, les varices n'étant pas, avant cette époque, arrivées à leur complet développement, et les parois veineuses offrant une certaine résistance. Les points les plus souvent atteints de déchirures sont situés à la partie supérieure de la vulve, autour du clitoris, dans le pli de division de la grande et de la petite lèvre ; ce sont ces solutions de continuité ainsi placées qui donnent le plus de sang et sont les plus difficiles à trouver, cachées qu'elles sont par les replis muqueux ou épidermiques : les dimensions de la plaie sont en général très petites, de 3 à 5 millim. en moyenne, quelquefois des piqûres d'aiguille. Parfois ce sont des fissures se continuant plus ou moins loin sur les grandes ou les petites lèvres, ou suivant le trajet d'une veine ectasiée. Quand la plaie est un peu considérable, ses bords sont irréguliers ; le fond ressemble à un tissu caverneux à grandes aréoles, aspect produit par les ouvertures béantes des vaisseaux variqueux. Le sang s'enécoule toujours abondamment, généralement en nappe, quelquefois en jet plus ou moins fort.

On conçoit la rapidité et l'abondance de ces hémor-

rhagies souvent mortelles, quand on songe à la stase sanguine produite dans cette région par la dilatation des veines, surtout par la compression de la tête du fœtus, qui paralyse la circulation en retour, mais n'empêche nullement le sang d'affluer aux artères.

Étiologie. — Dans les conditions physiologiques et pathologiques où se trouvent les varices vulvaires, il est facile de concevoir que des causes même légères, des traumatismes peu violents, puissent provoquer des déchirures. Bassett (*Transactions de la Société obstétricale de Londres*, vol. XIV, page 60) a signalé un cas de rupture de varices vulvaires à la suite d'une course rapide; hémorrhagie très abondante, suivie de perte de connaissance; une syncope sauva la malade et le sang cessa de couler.

Un cas analogue, suivi de mort, cette fois, a été rapporté par Houghton de Dublin.

Un effort un peu violent peut, par un mécanisme un peu différent, amener le même résultat. En voici une observation empruntée à la *Revue pratique d'obstétrique et d'hygiène de l'enfance*, de MM. VARNIER et LEGENDRE.

OBSERVATION IV

Joséphine L..., 26 ans, primipare, arrivée au 6^e mois 1/2 de sa grossesse, est prise brusquement, le samedi 29 janvier au soir, d'une hémorrhagie génitale. Voici dans quelles circonstances :

Cette fille est domestique; ses maîtres ont une fillette de 11 ans 1/2, qui, depuis une chute qu'elle a faite, il y a un an, ne peut plus marcher. Toute la journée, elle reste étendue

sur une chaise longue, et le soir il faut la transporter dans son lit.

C'est en faisant un effort pour lever la petite fille que L... s'est sentie tout à coup mouillée par un liquide chaud, au niveau des organes génitaux et de la face interne des cuisses. A la place qu'elle occupe, se forme en quelques instants une large tache de sang. L... se dirige vers la chambre de l'enfant. Le sang qu'elle perd fait une traînée sur le parquet. Elle dépose l'enfant sur le lit, et s'en va, toujours perdant abondamment, dans sa cuisine où elle s'affaisse sur une chaise, pendant qu'on va chercher un médecin.

Prévenu que la femme est enceinte, et qu'elle perd du sang, le médecin dit qu'il s'agit probablement d'une fausse couche, et conseille de chercher une sage-femme.

La sage-femme arrive une demi-heure après le début de l'hémorrhagie, trouve L... à moitié évanouie sur sa chaise qu'elle n'a pu quitter, et littéralement inondée de sang.

La sage-femme pratique immédiatement le toucher, croyant elle aussi à une menace d'accouchement prématuré. Mais ne trouvant aucune modification du col, ne s'expliquant pas la production de cette hémorrhagie persistante, elle envoie la femme à la Maternité de Lariboisière où elle arrive à 10 heures du soir. Au moment de l'entrée à la Maternité, on trouve L... dans l'état suivant.

Grande pâleur, état syncopal, pouls rapide. Les vêtements, la face interne des cuisses, les organes génitaux externes sont couverts de sang. Mais l'alèze qu'on a mise sous la femme à son arrivée n'est pas tachée. L'hémorrhagie a donc pris fin spontanément.

Après avoir palpé et ausculté, et constaté que l'enfant est vivant, la sage-femme de garde pratique le toucher. Elle trouve le col incomplètement ramolli, long, non perméable. Il n'y a pas de caillots dans le vagin. Le doigt ne ramène pas de sang. On fait une injection antiseptique : l'eau ressort absolument claire.

Ne trouvant l'explication de l'hémorrhagie, ni du côté du vagin, ni du côté de l'utérus, on pratique un examen attentif de la vulve, avant lavage. On aperçoit, au niveau du sillon qui sépare la grande de la petite lèvre gauche, une petite varice vulvaire qui paraît insignifiante. Pas trace de plaie à son niveau.

On fait alors la toilette des organes génitaux; à ce moment la sage-femme, qui continue son examen, reçoit en plein visage un jet de sang, qui part de la partie supérieure du sillon séparant la grande de la petite lèvre. En lavant ce point avec soin on découvre, sur un point de la dilatation variqueuse légère signalée plus haut, une plaie très petite, telle qu'aurait pu le produire la pointe d'une aiguille. Le sang coule maintenant en bavant. Une serre-fine est mise à demeure sur cette plaie et l'hémorrhagie s'arrête.

En interrogeant alors la malade on apprend qu'elle n'a jamais eu de varices des membres inférieurs, bien qu'elle ait un métier imposant la station debout prolongée. Elle est bonne depuis l'âge de 15 ans.

Pas d'hémorroïdes. Elle n'a au 6^e mois 1/2 de la grossesse que des varicosités sans importance aux membres inférieurs.

Depuis 15 jours seulement elle s'est aperçue de la présence sur la grande lèvre droite, d'une grosseur ayant le volume d'une noisette; il y avait également, dit-elle, de l'enflure de ce côté seulement. Cette grosseur lui causait une gêne telle que, pendant 3 jours, elle n'a pu descendre les escaliers; elle avait en ce point des démangeaisons, mais supportables et ne la forçant pas à se gratter.

La grosseur en question siégeait juste au niveau d'où partait le sang; il s'agit là évidemment d'une varice ampullaire qui s'est rompue spontanément au moment d'un effort.

A partir du moment où la serre-fine fut appliquée l'hémorrhagie s'arrêta: le lendemain soir la serre-fine fut enlevée. Immédiatement l'hémorrhagie reprit. Ce n'est que le 3^e jour que la serre-fine put être retirée définitivement.

Huit jours plus tard la malade quittait la Maternité, remise.

La grossesse continuait heureusement son cours. Cette femme est revenue à Lariboisière, où elle est accouchée à terme d'un garçon vivant et bien développé pesant 3250 gr.

Une contusion, un choc même très léger, une chute à califourchon sur un objet présentant des aspérités peuvent déchirer ces tissus si peu résistants.

Un coït un peu intempestif peut être assimilé à un traumatisme ; Simpson rapporte un cas du D^r Martin Barry, qui, étant interne à la Maternité d'Édimbourg, vit une rupture des veines des organes génitaux se produire pendant le coït chez une femme qui faillit en mourir. Nous rapportons à la suite une observation de Cramer citée par M. Budin dans sa thèse d'agrégation, où les rapports sexuels ont aussi provoqué une hémorrhagie.

Deux cas assez analogues et dont nous rapportons plus loin les observations très complètes, ont eu pour cause, une chute d'une très petite hauteur sur une des barres de fer qui séparent certaines places des impériales de tramways. Une de ces deux observations trouvera sa place dans un des paragraphes suivants. Celle que nous allons citer est empruntée à une thèse du D^r Mougeot, de 1883.

Tout le monde connaît la curieuse observation de la malade de Tarnier qui mourut d'une hémorrhagie vulvaire à la suite d'une chute à califourchon sur une chaise. Nous citons aussi une deuxième observation du D^r Girard de Marseille, sur une rupture de varices vulvaires à la suite de coïts.

OBSERVATION V

Le 2 janvier 1840, tard dans la soirée, la femme d'un boucher fut trouvée, par des personnes qui habitaient la même maison qu'elle, étendue sur le plancher de sa chambre, baignée dans son sang. Elle était mourante. Le propriétaire de la maison avait vu entrer un homme qui était venu rendre visite à cette femme; mais il n'était plus là. Le médecin fut appelé et trouva la femme morte. Un agent de police prit des renseignements; on rechercha le visiteur soupçonné, et il fut arrêté. Je fus prié de donner un avis médical : voici quels avaient été les faits.

La femme âgée de 35 ans, mère de 6 enfants, était enceinte, d'après le dire de son mari; elle était arrivée au 6^e mois de sa grossesse. La menstruation avait été la plupart du temps irrégulière, elle avait souvent perdu du sang par les organes génitaux pendant qu'elle était enceinte ou pendant qu'elle nourrissait. Sa mère était également morte d'hémorrhagie. Sous tous les autres rapports cette femme était forte et bien portante. Dans la soirée de l'événement, le visiteur sus-mentionné avait eu des rapports sexuels avec elle; avant que le coït n'eût été terminé, la femme s'était écriée : « Retirez-vous, retirez-vous ». En même temps, il sentit un liquide chaud qui coulait sur lui; il la porta dans sa chambre et l'y abandonna. Ses gémissements réveillèrent un de ses enfants qui appela les voisins; ceux-ci à leur tour appelèrent le mari, qui était chez un marchand de vin, et ils envoyèrent chercher un médecin. Trois quarts d'heure ne s'étaient pas écoulés depuis le moment où elle avait reçu la visite de cet individu que la femme était morte.

Dans une enquête qui fut faite le lendemain, un médecin émit l'opinion que la femme était probablement morte d'hémorrhagie produite par un avortement.

Cependant on ne put pas trouver le fœtus, mais il avait pu être enlevé avec les caillots. L'opinion, émise par le mari, que

sa femme était enceinte de six mois, semblait moins certaine, car le ventre eût été probablement plus volumineux et plus large. L'autopsie seule pouvait permettre d'arriver à la connaissance de la vérité; on y procéda.

Extérieurement il n'y avait aucune apparence de violence; il y avait peu d'ecchymoses cadavériques, le corps était blanc comme de la cire; on sentait une masse saillante et dure dans l'abdomen, les veines des membres inférieurs étaient peu dilatées, il y avait du sang sur les cuisses et sur les organes génitaux.

En écartant les lèvres, on trouva une plaie sous le clitoris au voisinage de la petite lèvre gauche; elle avait environ 25 millimètres de longueur, et s'étendait de haut en bas, d'avant en arrière, et était située sur une veine aplatie; un œuf de moineau eut pu être placé dans l'intérieur de la cavité ainsi formée. Dans l'intérieur et autour de cette cavité, il y avait du sang liquide.

Dans le vagin, dont les parois étaient flasques, il n'y avait pas une goutte de sang. Le museau de tanche était fermé, de telle sorte qu'il fallut déployer une certaine violence pour le traverser.

On put sentir distinctement le ballottement fœtal.

L'utérus s'élevait au-dessus de l'ombilic. En ouvrant la cavité abdominale, cet organe apparut comme un sac à parois blanches et flasques; en incisant, on trouva le placenta inséré sur la paroi antérieure; il était au voisinage du col, mais ne l'atteignait pas; ce placenta était adhérent, ainsi que les membranes; un fœtus d'environ 6 mois et demi fut enlevé, il avait des cheveux et des ongles, et les testicules étaient descendus dans le scrotum.

Quelques veines gonflées furent trouvées sur l'utérus; tous les organes thoraciques et abdominaux étaient normaux, mais presque exsangues.

La cavité crânienne ne fut pas ouverte, les causes de la mort étaient évidentes.

(CRAMER. *The Dublin Journal of medical Science*, 1841.)

OBSERVATION VI

La nommée Madeleine Kleinclauss, née à Ingeviller (Bas-Rhin), 23 ans, entre le 12 janvier 1883 à Lariboisière, salle Ste-Anne, lit 25.

Constitution robuste, elle a marché de bonne heure, vers 9 à 10 mois. Jusqu'à 3 ou 4 ans, elle a toujours eu des maux d'yeux et des migraines. Depuis ce moment jusqu'en 1887 bonne santé. A cette époque elle a eu une fièvre typhoïde assez grave.

Céphalées fréquentes en dehors de l'époque cataméniale. Réglée à 14 ans et demie après trois ou quatre flux menstruels, elle ne vit plus pendant trois mois, intermittence attribuée par le médecin et par elle à son changement de résidence. Depuis, ses règles apparaissent ordinairement jour pour jour, quelquefois cependant retardent de 24 heures ; elles coulent abondamment et la malade insiste sur ce point. Cependant elle ne paraît pas hémophilique.

Peu de fleurs blanches à la fin des règles.

Un premier enfant il y a 3 ans en septembre : grossesse et accouchement normaux. L'enfant de grosseur moyenne à sa naissance est bien portant quoique délicat.

Elle a eu ses dernières règles à la fin du mois de juillet et elle est devenue enceinte dans les derniers jours de ce mois, vers le 27 ou 28 août.

Dans la nuit du 11 au 12 janvier, c'est-à-dire vers le milieu du 6^e mois de sa grossesse, pour rentrer chez elle, elle monte sur l'impériale d'un tramway. Celui-ci se mettant en marche soudain elle s'assoit brusquement sur une des barres de fer formant la séparation des places. Aussitôt elle éprouve une violente douleur à la vulve, là où le traumatisme a porté et se sent mouillée immédiatement par le sang qui coule à flot. Elle descend de tramway dix minutes après, perdant toujours ; elle marche quelques instants, puis sentant qu'elle s'affaiblit de plus en plus, elle vient s'affaïsser sur un banc qu'à peine elle a la

force de saisir. La voyant dans cet état une personne s'approche, qui, après s'être enquis de son accident, la mène chez une sage-femme.

Celle-ci reconnaissant la gravité de son état, fait appeler une voiture et la fait conduire à l'hôpital où elle arrive à 2 heures du matin sans connaissance, perdant toujours et inondant les marches de l'escalier.

Transportée dans la salle, la malade est à peu près exsangue. Après quelques instants, elle revient à elle, mais conserve une tendance syncopale des plus marquées. Le sang a cessé de couler. L'interne appelé immédiatement ne trouve plus de pouls ; il pratique le toucher, arrive sur un col dur ayant conservé sa longueur et permettant l'introduction de l'index. Il ne constate la présence ni du placenta, ni des parties fœtales, ni de caillots ni de thrombus vaginal ou vulvaire : il ne reconnaît pas le point de sortie du sang.

Pour éviter une nouvelle hémorrhagie qui serait certainement fatale à la malade, il pratique le tamponnement vaginal à l'ouate phéniquée et enduite de vaseline. Il réchauffe la malade à qui l'on fait des frictions, des injections d'éther et à qui l'on donne une potion avec du rhum.

Le 12 mai au matin, la malade est pâle, extrémités froides, la température est de 37°,2. Pas de pouls radial. La fémorale donne 120 battements presque imperceptibles. Les vomissements sont continuels. La malade répond aux questions d'une voix cassée, avec incohérence. Elle ne peut dire chez quelle sage-femme elle est allée : peut-être rue Rochechouart ; mais ses premières réponses renseignent peu sur la conduite de cette sage-femme ; d'ailleurs elle est visiblement malheureuse de se voir enceinte une deuxième fois et ses explications embarrassées pourraient laisser soupçonner autre chose qu'un accident.

En examinant la malade on s'assure qu'elle ne perd plus. Le ventre est développé : quelques contractions : l'utérus s'élève à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Au palper on sent la tête fœtale qui occupe le fond de l'utérus : c'est une présenta-

tion du siège, avec dos en avant et à droite. Plus de battements fœtaux : sont-ils masqués par ceux de la mère ? D'ailleurs on craint de fatiguer la malade exténuée par ses pertes.

Quelques petites varices sur la cuisse droite, une autre près du clitoris. On ne peut examiner complètement la vulve.

On fait une médication active des accidents syncope et vomissements. Rhum, éther, glace. On se demande si la transfusion ne serait pas indiquée. Le soir, à quatre heures, un peu de mieux, mais le froid périphérique persiste. La température est de 38°,2, le poulx bat 152 pulsations.

Le 13 janvier, le mieux s'accroît ; les vomissements cessent. Le poulx est à 132, fort régulier, la température donne 37°,5. On enlève le tamponnement : pas de sang dans le vagin, mais quelques légères varices et une ecchymose à la partie inférieure de la vulve.

Sur la petite lèvre gauche à 2 ou 3 centimètres de la fourchette, on voit une veine variqueuse qui paraît avoir donné du sang ; c'est le point de départ de l'hémorrhagie. Pas de battements fœtaux, ni de mouvements actifs du fœtus depuis l'accident du tramway.

Les 14, 15, 16 et 17 janvier, la fièvre est légère ; le 18 janvier elle disparaît complètement : la malade veut partir ; on enlève le bandage ouaté, ce qui lui procure un soulagement immédiat.

Les 19 et 20 janvier, la température est toujours normale, la guérison est complète.

Du 20 au 25, rien ; ce jour-là quelques petites douleurs que la malade prend pour des coliques et qui se renouvellent, le 26, jour où les grandes douleurs apparaissent vers 5 heures du soir. L'expulsion a lieu à 7 heures 20 minutes.

Œuf entier expulsé par le siège : fœtus macéré de 0,38 c., de 700 grammes. Le placenta est gros, exsangue, aplati ; le cordon à insertion vélamenteuse. Douleurs très vives dans le ventre.

Le 27. L'utérus est à un travers de doigt au-dessous de l'ombilic, état général assez bon, quelque céphalalgie, le poulx est à 120.

Du 28 janvier au 10 février, la température s'abaisse graduellement. Les lochies d'abord fétides diminuent. La malade reprend peu à peu ses forces.

Le 23 février elle part au Vésinet. (Observation de Mougeot. Thèse, 1883.)

OBSERVATION VII

A l'hôpital des Cliniques, une femme enceinte, d'ailleurs bien portante avait quelques varices à la vulve.

Un soir, en se couchant, elle voulut, en jouant avec les autres femmes du dortoir, sauter sur son lit. Elle retombe en arrière et se trouve dans sa chute, assise sur une chaise dont le bord avait porté contre la vulve. Une hémorrhagie survint : on crut à une insertion vicieuse du placenta. Une sage-femme fit le tamponnement, l'hémorrhagie s'arrêta. M. Tarnier, alors chef de clinique fut appelé. Il conseilla de laisser le tampon en place. Quelques heures plus tard, la femme eut envie d'uriner ; on enleva une partie du tampon et l'on pratiqua le cathétérisme.

Une nouvelle hémorrhagie survint et quelques instants plus tard, la femme succombait.

A l'autopsie on constate une rupture variqueuse située sur la face externe de la petite lèvre du côté gauche. (D^r TARNIER, observation citée dans Thèse, 1880. BUDIN.)

OBSERVATION VIII

Le D^r Girard, professeur de clinique médicale à Marseille a observé une dame arrivée au cinquième mois d'une deuxième grossesse qui eut une hémorrhagie assez abondante. Il la fit coucher et fit mettre de l'eau froide sur la vulve au moyen de compresses et d'un bandage. L'écoulement s'arrêta. Quelques jours après, nouvelle hémorrhagie plus abondante et assez in-

quiétante même. Il demande de nouveau à examiner la malade et trouve que l'hémorrhagie provenait de la rupture d'une varice de la lèvre gauche; elle était grosse comme le pouce. L'eau froide et le repos au lit suffirent encore à l'arrêter.

Le médecin recommande l'éloignement du mari, car il suppose avec juste raison, que la rupture variqueuse a été déterminée par le coït.

Cette dame arrive au 8^e mois et demi de sa grossesse et accouche de deux jumeaux. Les suites de couches furent normales. Plus d'hémorrhagies; pas de varices des membres inférieurs.

On ne s'était pas aperçu non plus de pareils accidents à la première grossesse. (GIRARD, cité par le D^r QUEIREL. Marseille, *Annales de Gynécologie*, 1881.)

Les phénomènes nécessités par la miction peuvent également provoquer l'hémorrhagie par rupture de varices vulvaires. Simpson rapporte un cas de mort presque subite à la suite d'énormes pertes sanguines s'étant produites dans ces conditions.

Souvent, même après de minutieuses recherches, on ne trouve pas de cause occasionnelle; mais des fatigues vives et prolongées, la station debout pendant de nombreuses journées, nécessitée par la condition, la profession des parturientes, le fait de frotter des parquets d'appartements, pour une domestique, par exemple, sont autant de causes prédisposant à une lésion vulvaire, qui se produit alors sous l'influence la plus futile.

Voici un cas où une rupture grave n'a été occasionnée par aucune cause accidentelle, mais où on peut en revanche invoquer de grandes fatigues provenant d'une profession pénible pour une femme enceinte.

OBSERVATION IX

Le 20 janvier, à huit heures du soir, on apporte à la Clinique une jeune femme, de 19 ans, primipare, Joséphine D... Elle dit que, depuis une heure environ, elle perd du sang en telle quantité qu'elle a été effrayée, et que craignant le renouvellement de l'hémorrhagie, elle vient demander à être admise.

Interrogée sur les causes de son accident, elle raconte être enceinte de 7 mois, ses dernières règles remontent au 8 juillet ; que sa profession nécessite beaucoup de fatigues, que le jour même, après avoir frotté des appartements, elle s'est sentie lasse. Après avoir diné comme à l'ordinaire, elle a senti vers 7 heures en voulant uriner qu'elle perdait beaucoup de sang. Il s'en écoulait d'une manière continue de telle sorte que le plancher et ses vêtements en étaient inondés. L'hémorrhagie ne s'était arrêtée qu'un moment avant son arrivée à la Clinique.

Pas d'irritation, d'excitation du côté des organes génitaux ; pas de coït excessif.

Au toucher, rien d'anormal dans l'utérus ; le col est long, fermé, assez ferme, le doigt est retiré à peine taché de quelques filaments sanguins et ne ramène point de caillots, bien qu'il ait été promené soigneusement sur les parois vaginales et sur la surface du col.

Au surplus, grossesse de 6 mois environ. Cuisses, ventre et vulve sont tachés de sang. La jambe droite porte à sa partie interne des veines variqueuses assez marquées ; en les poursuivant jusqu'à la racine du membre, on les voit s'accroître davantage au niveau du pli inguino-crural.

Quand on écarte les grandes lèvres, on est frappé de la tumescence des parties et de la coloration violacée qu'elles présentent. En examinant avec attention, on constate que les petites lèvres sont dans leur moitié antérieure plus épaisses qu'à l'état normal, même en tenant compte de la grossesse ; elles sont sillonnées de saillies, de coloration plus accentuée ; bleuâtres, ré-

sistant au doigt et présentant en certains points une sorte de fluctuation. Cet état se retrouve au niveau de la commissure antérieure et au pourtour du clitoris où les saillies sont même plus marquées.

Il n'est pas douteux qu'on ait affaire à des varices des petites lèvres et du clitoris : on est ainsi amené à formuler le diagnostic de « rupture de varices ayant provoqué l'hémorrhagie ».

Du côté des ascendants on apprend que son père portait à la jambe un ulcère variqueux dont la guérison brusque a, dit-elle, amené des accidents métastatiques dans les poumons. Ces accidents provoquèrent la mort.

Cette femme est scrofuleuse. Elle s'est aperçue vers la fin du 2^e mois de sa grossesse, de l'apparition de quelques grosses veines dans l'aîne droite.

Les varices de la jambe vinrent plus tard et elles ont amené d'une façon intermittente le gonflement œdémateux du cou-de-pied.

En même temps que les varices inguinales se sont formées, la malade fut tourmentée nuit et jour par des démangeaisons incessantes à la vulve, et ne parvint à les calmer que par des applications répétées de topiques, révulsifs et pommades astringentes.

Vers la fin du 5^e mois, le prurit était tel que le coït était devenu impossible. Depuis 6 semaines environ les démangeaisons ont cessé.

L'établissement du diagnostic était ainsi précisé, on se contenta de laver la malade et de la maintenir couchée. La recherche du point où l'on soupçonna la rupture variqueuse, n'amena point la découverte du caillot obstruteur.

Au reste, l'hémorrhagie, qui se reproduisit dans la nuit qui suivit son admission, fut insignifiante et pendant 6 jours que la malade est restée dans nos salles, aucun accident de ce genre ne s'est montré.

Elle sort bien portante le 26 janvier. (*Observation recueillie par le D^r DOLÉRIS.*)

OBSERTATION X

A l'hôpital des Cliniques fut amenée une jeune fille qui vers le cinquième ou sixième mois de sa grossesse avait commencé à être tourmentée de vives démangeaisons aux parties génitales. Ces démangeaisons étaient causées par de petites varices situées à la partie supérieure de la petite lèvre gauche, au prépuce du clitoris. La jeune fille se grattait fréquemment. Au septième mois de sa grossesse, à la suite d'un de ces grattages irrésistibles, elle se sent mouillée. Avec l'aide de quelques voisins obligeants elle se fait transporter à l'hôpital où on s'empresse de commencer le tamponnement. Le professeur Depaul survenant applique une serre-fine qui arrête complètement l'écoulement et 2 à 3 jours de repos mirent la malade en état de retourner chez elle.

L'accouchement se fit à terme dans d'excellentes conditions.

Cette observation rapportée par M. Budin montre un nouveau mode d'action du traumatisme : le grattage provoqué par des démangeaisons insupportables privant les femmes de sommeil, empêchant le coït ; on conçoit qu'un coup d'ongle puisse facilement ouvrir une issue à une hémorrhagie qui ne demande qu'à se produire.

Signalons enfin une prédisposition constitutionnelle, l'hémophilie qu'on retrouve quelquefois dans les antécédents personnels ou héréditaires des malades, et dont nous rapportons un exemple assez net et inédit emprunté à l'enseignement du docteur Budin.

OBSERVATION XI

La nommée Lardemer, Angélique, 57, ans, casquettière, est entrée le 11 avril 1888 dans le service d'accouchement, du D^r Budin à la Charité, lit n° 1.

Antécédents héréditaires. — La mère semble avoir été hémophile; elle perdait beaucoup de sang à la moindre coupure et il était difficile de l'arrêter.

La parturiente a eu la variole en 1871. Réglée à 16 ans régulièrement. Elle voyait très abondamment (8 jours); sous l'influence d'un traitement au quinquina et au fer, elle ne perdit plus que 4 jours d'abord et 3 ensuite.

Pas de fausses couches.

1^{re} grossesse à 20 ans. Elle a perdu pendant sa grossesse; elle n'avait pas de varices aux organes génitaux à cette époque là, mais aux membres inférieurs seulement. Elle n'était pas tout à fait enceinte de 7 mois quand elle perdit du sang. La dernière fois elle perdit abondamment avec de gros caillots, à tel point qu'on craignait une fausse couche; mais la grossesse ne fut pas interrompue. Elle avait d'ailleurs déjà perdu, mais très peu, vers le 5^e ou 6^e mois.

Ces pertes coïncidaient avec l'époque des règles. Dans les 4 premiers mois elle n'avait pas perdu. L'accouchement a lieu à terme. L'enfant du sexe féminin est venu par le sommet; tout a été normal.

Après la délivrance, elle perdit beaucoup de sang. Peut-être la lui fit-on artificiellement? Elle ne peut donner à cet égard que de vagues indications, quoiqu'elle affirme que la sage-femme fut obligée d'introduire la main dans la matrice. Après cette hémorrhagie, elle a presque eu une syncope.

Trois mois après, retour des règles; elle perdit pendant 8 jours. Les règles sont revenues comme d'habitude et durent 4 à 5 jours.

Grossesse actuelle : dernières règles le 30 septembre, quelques nausées au début; en somme bonne grossesse.

Le 11 avril en se levant elle perdit du sang en assez grande quantité; elle salit son drap qui fut traversé jusqu'au matelas. L'hémorrhagie s'étant arrêtée, elle se mit à travailler. De crainte que l'hémorrhagie ne revint elle se rendit à la consultation à pied (elle habite boulevard Arago).

A la consultation elle perd du sang en se déshabillant, mais moins que le matin. Néanmoins tout son linge jusqu'aux bas était souillé.

En l'examinant on reconnaît que ce sang vient des varices des organes génitaux externes, et après lavage au sublimé on met une pince hémostatique, qu'on laisse en place. On l'admet immédiatement dans le service.

Examen. — Rien de remarquable, si ce n'est 3 cicatrices d'abcès du sein droit. Varices aux membres inférieurs, mais pas très marquées.

Varices plus considérables aux organes génitaux externes et surtout à la partie interne des grandes lèvres.

Cystocèle du volume d'un œuf de poule.

Le 12 avril M. Budin enlève la pince et remarque que le sang qui se met encore une fois à couler en masse est fourni par deux pertuis qui siègent à gauche au niveau de l'insertion de l'orifice vaginal, et là où la muqueuse vaginale se continue avec la muqueuse vulvaire. Après lavage au sublimé on saupoudre la plaie d'iodoforme et on fait un pansement compressif avec de l'ouate iodoformée.

Le 13 avril on ôte le pansement; il ne s'écoule plus de sang. La cystocèle est beaucoup moins considérable.

M. Budin recommande encore à la malade de garder le lit.

Le 16 au matin. La cystocèle est encore moins volumineuse, elle a à peu près le tiers de son volume primitif,

Les parties sont moins violacées, la malade garde encore le lit quelques jours avant son complet rétablissement.

OBSERVATION XII

Une femme enceinte pour la quinzième fois avait depuis longtemps, au rapport de son mari, une tumeur volumineuse à la grande lèvre gauche.

Le 7 novembre, cette femme après avoir mangé de bon appétit venait de se mettre au lit, lorsqu'elle fut prise tout à coup d'une perte de sang si considérable que son mari alla chercher la sage-femme ; elle arriva aussitôt et fit mander en toute hâte le Dr Hesse qui trouva la malade à l'agonie.

Le lit et le plancher étaient couverts de caillots de sang noir. L'orifice utérin était fermé, le vagin sec.

La femme succombe au bout de quelques instants.

L'opération césarienne fut pratiquée, mais l'enfant avait cessé de vivre. La matrice était vide de sang. Le placenta fut trouvé partout adhérent. La tumeur n'existait plus, les grandes lèvres encore volumineuses étaient flasques. En la pressant on fit sortir un jet de sang noir par une ouverture de plus de un demi-pouce de largeur. Cette ouverture conduisait tant en dehors qu'en arrière jusqu'au périnée dans des veines variqueuses. C'était une grosse varice qui s'était rompue. (*Berlin. medic. Zeitung*, n° 48, 1842.)

Diagnostic. — La rapidité, la gravité de l'hémorrhagie donnent au diagnostic de la cause une très grande importance ; mais il suffira de songer à la possibilité d'une rupture variqueuse de la vulve pour sauver la malade ; car il sera en général assez facile par un examen attentif des organes génitaux externes de découvrir la solution de continuité. Donc, quand on sera en présence d'une femme perdant du sang par en bas, comme elles disent, examiner la vulve avant tout, cette simple inspec-

tion établira du premier coup un diagnostic qui pourrait sans cela rester longtemps hésitant et même impossible.

Si la solution de continuité est très dissimulée, ce qui peut arriver, très petite, comme pour la rupture des veines clitoridiennes, si le sang sort en nappe, gênant l'examen, et qu'on hésite encore sur la cause, il faut toucher, non seulement pour examiner le vagin, les culs-de-sac, le col utérin, mais aussi pour s'assurer qu'il n'y a pas de sang, ni de caillots dans le vagin, que le col ne porte pas de déchirures récentes.

Quand le doigt sort de la vulve sans ramener de caillots, sans être rougi de sang, on peut presque affirmer, au lit d'une malade atteinte d'hémorrhagie des organes génitaux, que le sang vient de la vulve. Souvent d'ailleurs on trouvera, sur les grandes ou les petites lèvres, des trainées variqueuses qui pourront éveiller l'attention du clinicien de ce côté.

Avec quoi pourrait-on confondre l'hémorrhagie vulvaire pendant la grossesse ? Avec une endométrite hémorrhagique, avec des polypes, des tumeurs de l'utérus ou des ovaires ? Ce ne sera pas possible, si l'on touche et si le doigt ressort non maculé de sang ; puis les commémoratifs lèveront tous les doutes. Les hémorrhagies de l'avortement seront facilement écartées par la simple inspection et les signes du toucher.

Bar, a signalé un cas de mort à la suite d'uréthrorrhagies répétées ; on resta longtemps en suspens pour le diagnostic, et à l'autopsie, on trouva l'urèthre sillonné de varices, les unes du côté du col vésical, d'autres au méat urinaire faisant légèrement saillie à travers l'orifice

urétral. Dans ce cas le diagnostic devient bien embarrassant. Heureusement ces faits sont très rares.

Donc en présence d'une perte de sang par les organes génitaux, sans cause apparente, toujours examiner la vulve et l'on arrêtera ainsi facilement des hémorrhagies rapidement mortelles.

Pronostic. — a) Pour la mère, il est d'une extrême gravité. Sur neuf cas de ruptures de varices vulvaires Budin a compté 7 morts. Sur 18 observations, dit Varnier, 11 fois l'hémorrhagie a été mortelle, du premier coup. Depuis, les observations s'étant multipliées, l'attention des médecins et des sages-femmes étant attirée sur la possibilité de cet accident, la gravité du pronostic est un peu atténuée. D'ailleurs tout dépend du diagnostic. S'il est fait, l'accident est insignifiant ; sinon il est le plus souvent et forcément mortel, l'hémorrhagie se faisant par une ouverture trop large pour être facilement obturée par un caillot ; les vaisseaux qui donnent du sang ont alors le diamètre d'une artère radiale normale, et s'il se forme par bonheur un caillot, le moindre mouvement le détache et l'hémorrhagie recommence. La production d'une syncope n'arrête pas quelquefois l'écoulement sanguin ; dans d'autres cas au contraire, elle a sauvé la vie de malades qui succombaient sans elle. Et tout cela pourrait être évité avec un tampon d'ouate ou une simple serre-fine !

La gravité de l'hémorrhagie est encore augmentée parce fait, que son extrême abondance, sa rapidité peut tuer la malade avant qu'on ait eu la possibilité d'essayer une intervention. A la campagne, par exemple, dans des vil-

lages où il n'y a pas de médecin, où il faut l'aller chercher à des distances plus ou moins grandes, une malade peut mourir d'hémorrhagie malgré l'érudition de l'accoucheur qui arrive alors trop tard pour intervenir. Voici le résumé d'un fait de ce genre.

OBSERVATION XIII

Le Dr Mougeot, de Chaumont, mandé en toute hâte auprès d'une femme enceinte chez laquelle une chute avait provoqué la rupture d'une varice vulvaire, n'arriva que pour constater la mort causée par une hémorrhagie foudroyante.

Le village où s'était produit l'accident n'est cependant qu'à une demi-lieue de Chaumont et il n'avait pas été perdu un seul instant.

Heureusement les choses ne se passent pas toujours ainsi. Quelquefois l'hémorrhagie s'arrête spontanément et définitivement. Le médecin ou la sage-femme consultés croient généralement à une hémorrhagie utérine. Il faut un examen attentif pour reconstituer l'histoire de la malade, et arriver au diagnostic rétrospectif.

b) Pour le fœtus.

L'anémie de la mère, provoquée par les abondantes pertes de sang peut par contre-coup influencer sur l'état et la vie du fœtus. Dans l'observation de la nommée Madeleine Kleinclauss, relatée plus haut, on ne peut admettre, qu'un léger choc de la vulve maternelle sur une barre de fer, ait pu tuer le fœtus dont la mère percevait précédemment les mouvements actifs. Le lendemain de l'accident on n'entendait plus les battements du cœur fœtal ; quelques jours après la femme mettait au monde un

enfant mort depuis peu. Le cas est, il nous semble, assez net, et l'enfant a dû mourir de l'anémie de la mère.

Considérations médico-légales. — Dans cette même observation de Madeleine Kleinclauss, si intéressante à plusieurs points de vue, les observations d'abord embarrassées de la malade, l'absence de diagnostic exact, l'hémorragie prise d'abord pour celle d'un avortement, firent croire à une intervention criminelle de la sage-femme sur la parturiente. Le cas relaté par Cramer est encore analogue ; avant l'examen médical, on crut à un avortement provoqué. On conçoit donc qu'il soit dans certains cas d'une très grande importance au point de vue médico-légal de faire un diagnostic même rétrospectif. Simpson, cité par M. Budin, dit : « Dans ces vingt dernières années, les tribunaux d'Écosse ont eu à juger un nombre considérable de procès, intentés parce que des femmes avaient eu des hémorragies mortelles à la suite de lésions des organes génitaux. Dans la plupart des cas, on soutenait que la cause de la mort était due à ce que la femme se trouvant enceinte, avait reçu un coup sur les parties génitales ; une petite plaie et une hémorragie mortelle en étaient résultées. Dans certaines circonstances, la mort avait été véritablement accidentelle : elle avait été la conséquence d'une plaie, la femme étant tombée et s'étant blessée sur un tesson par exemple ; ou bien l'hémorragie était survenue spontanément ; dans d'autres cas, on s'était servi d'un couteau, et on avait sectionné les veines des organes génitaux afin de faire croire que la femme était morte d'hémorragie puerpérale ».

II. — RUPTURE DES VARICES PENDANT L'ACCOUCHEMENT

Étiologie. — Il peut se produire au moment du travail des déchirures variqueuses amenant l'hémorrhagie. Elles ont lieu pendant le travail proprement dit, ou pendant l'*expulsion*.

A. — Pendant le travail, elles peuvent être occasionnées par toutes les causes que nous avons passées en revue dans le paragraphe précédent : traumatisme, chute, choc, effort, ou sans raison appréciable, ou bien les antécédents personnels ou héréditaires des parturientes donnent des signes d'hémophilie ; nous en rapportons un cas, que nous faisons précéder de deux observations bien intéressantes, prises dans le service du D^r Budin.

OBSERVATION XIV

Le 3 juillet, à une heure du matin, on apportait sur un brancard dans le service d'accouchement du D^r Budin à la Charité une femme pâle, exsangue, qui avait eu, par les organes génitaux, une hémorrhagie considérable. La sage-femme qui l'accompagne complète le récit de la malade qui, vu son état de faiblesse extrême, ne peut répondre que d'une façon très insuffisante aux questions qu'on lui pose. Cette femme, secundipare, était arrivée à peu près au terme de sa grossesse, au cours de laquelle elle n'avait présenté d'autre accident qu'un peu d'œdème

des membres inférieurs, survenu vers le 5^e mois, avec quelques crampes douloureuses dans les mollets. Depuis quelques jours elle éprouvait des douleurs vagues dans les reins et la région hypogastrique.

Le 2 juillet, à 11 heures du soir, après une courte promenade elle monte sur l'impériale d'un tramway pour rentrer chez elle. Elle s'assoit par mégarde sur une des barres de fer qui séparent certaines places et aussitôt elle sent qu'elle perd du liquide. Le choc ayant été insignifiant, nullement douloureux, elle n'attache que peu d'importance à ce fait, et croit simplement perdre ses eaux.

Mais au bout de 2 ou 3 minutes, elle éprouva un grand malaise, et se sent défaillir. Les personnes qui sont autour d'elle regardent le liquide qui s'écoule d'une façon continuelle et forme sur le plancher une petite mare. On voit que c'est du sang. On se dispose aussitôt à descendre la femme dont les forces décroissent de plus en plus et qui a bientôt une syncope. Elle est transportée sans connaissance dans une voiture et emmenée chez une sage-femme qui devait faire son accouchement. Là elle reprend connaissance ; son état de faiblesse est tel qu'on hésite à la monter, et on la dépose au pied de l'escalier. On appelle à la hâte un médecin. Celui-ci examine la malade de concert avec la sage-femme, pratique le toucher, et, ne trouvant pas la cause de l'hémorrhagie, conseille le transport à l'hôpital. Une nouvelle syncope survient au cours de l'examen.

Pendant tout ce temps l'hémorrhagie a persisté sans interruption et toujours aussi abondante. Les coussins de la voiture sont couverts de caillots sanguins, et complètement imbibés ; le sang se répand à terre en formant une traînée continue, au moment du transport de la voiture chez la sage-femme qui habite au fond d'un passage et de chez cette sage-femme sur le brancard qui doit servir à amener la malade à l'hôpital de la Charité.

Pendant ce dernier trajet l'hémorrhagie s'arrête spontanément. Elle a duré une heure et demie environ ; on ne peut évaluer même approximativement la quantité de sang qui a été perdu,

mais on peut affirmer que cette quantité est considérable, si l'on en juge par le récit précédent et par l'état général de la femme au moment où elle rentre dans le service.

Pâle, blanche comme la cire, elle reste étendue sans force sur le lit où on l'a placée, et pour ainsi dire incapable du moindre mouvement. La respiration est accélérée, pouls très fréquent. La malade a repris connaissance depuis quelques instants ; mais répond faiblement aux questions qu'on lui pose ; parfois ses réponses sont incohérentes. Elle a constamment des nausées, elle a eu des vomissements.

Le sang ne coule plus. On examine les organes génitaux externes et on trouve la partie supérieure de la petite lèvre gauche, tuméfiée, violacée et qui est le siège d'une tumeur du volume d'une noisette.

En écartant cette lèvre on voit à la partie supérieure de sa face interne, au niveau du méaturinaire, une plaie peu étendue, à bords irréguliers, obturée par un caillot sanguin. Cette solution de continuité irrégulièrement circulaire, mesure environ cinq millimètres de diamètre.

Sur la face utérine de la petite lèvre droite serpentent quelques ramuscules veineux assez développés. Sur la petite lèvre gauche, il y a également une saillie variqueuse du volume d'un grain de millet à 2 centimètres au-dessous de la plaie. En aucun autre point, on ne trouve de varicosités. Pas de varices des membres inférieurs. On pratique le toucher et l'on ne trouve pas de caillots dans le vagin ; le col est encore long ; l'orifice utérin est fermé. On ne constate pas de contractions utérines. Les bruits du cœur fœtal sont bons ; à la palpation on trouve que le fœtus se présente par le sommet en occipito-iliaque droite postérieure.

Les organes génitaux externes, paroi abdominale, membres inférieurs tout souillés de sang, sont lavés avec soin et on donne à la femme une injection vaginale de sublimé. Puis on applique sur la plaie de la petite lèvre de l'amadou et de l'ouate trempés dans du sublimé. Un gros tampon d'ouate est ajouté

pour faire compression et l'on maintient le tout à l'aide d'un bandage en T.

On fait 2 injections d'éther qui remontent momentanément la malade et l'on prescrit la potion suivante qui sera prise dans la nuit, par cuillerée à bouche :

Julep gommeux.....	100 gr.
Rhum.....	60
Extrait de quinquina.....	4
Acétate d'ammoniaque.....	6

On donne en outre de la glace contre les vomissements. Dans la nuit il y a encore quelques syncopes de courte durée et la malade vomit plusieurs fois. A 7 heures du matin douleurs assez vives dans la région hypogastrique.

A 8 heures, l'état général est amélioré, le pouls encore un peu faible, n'est plus accéléré. La femme a des douleurs qui reviennent toutes les 10 minutes.

Au toucher on trouve qu'elle est en travail.

Col effacé complètement, dilatation de 2 centimètres. Le caillot qui obturait la plaie de la petite lèvre gauche s'est détaché et l'on peut voir dans sa profondeur des orifices vasculaires béants assez volumineux. Le thrombus s'est considérablement affaissé et offre à peine le volume d'une noisette. On place sur la plaie un tampon d'ouate trempé dans du sublimé et qu'on devra renouveler fréquemment.

L'accouchement se termine à midi 1/4 par la naissance d'un enfant bien portant qui pèse 3,150 gr.

Après la délivrance qui a lieu une 1/2 heure plus tard, on panse la plaie avec de l'ouate et du sublimé.

Les jours suivants, le pansement est fait de la même façon. Dès le lendemain le thrombus avait disparu. Les forces reviennent graduellement. Les suites de couches sont absolument normales ; il n'y a jamais eu d'élévation de température.

La femme quitte le service le 13 juillet, la plaie est complète-

ment cicatrisée, l'état général est excellent. (Observation du service de M. BUDIN, rapportée par LEGRY.)

OBSERVATION XV

Le 30 juin 1886, à 6 heures 1/2 du soir, on apportait à la Maternité, sur un brancard, une femme de 32 ans, la mommée R..., quintipare, perdant du sang depuis 2 heures de l'après-midi et littéralement mourante. Cette femme assise sur un petit banc dehors dans un jardin avait voulu s'écarter pour laisser passer quelqu'un qui venait puiser de l'eau dans un puits voisin. Pendant ce mouvement, le petit banc avait basculé, la femme était tombée assise par terre de 25 cent. de hauteur. L'angle du tabouret avait porté sur la vulve et une hémorrhagie considérable s'était produite.

Une sage-femme et un médecin successivement appelés n'avaient pu l'arrêter et c'est dans ces conditions que la femme R... entrainée à la Maternité. Nous la trouvons dans l'état suivant : faciès pâle, exsangue, pouls à peine perceptible, agitation très grande.

Le col est presque effacé et permet l'introduction d'un doigt : tête engagée en occipito-iliaque gauche antérieure. Membranes intactes. L'auscultation de l'abdomen pratiquée avec le plus grand soin ne permet d'entendre aucun bruit cardiaque fœtal.

Écartant les grandes lèvres, on aperçoit au-dessous du clitoris et légèrement à gauche une déchirure partant du pli du tissu caverneux et de la dimension d'une pièce de un franc environ.

Immédiatement on applique sur cette déchirure un tampon de charpie imbibée de sublimé au 1/2000 et maintenu par un aide. Dans l'intervalle on a fait l'autotransfusion et des injections de sérum artificiel dans le péritoine, environ 150 grammes de la solution suivante.

Eau distillée.....	1000 gr.
Sulfate de soude.....	2
Chlorure de sodium.....	6

L'écoulement sanguin étant dès lors arrêté, il ne se fait plus qu'un petit suintement par le vagin, M^{me} Henry, sage-femme en chef de la Maternité, pratique alors la version forcée et engage dans le col un des membres inférieurs, le droit, du fœtus. L'extraction complète est du reste impossible à cause de la contraction du col. Pendant cette manœuvre la main n'a pas rencontré le placenta. Malgré tout, la femme succombait à 6 heures 50 ; 20 minutes après son entrée à l'hôpital.

Deux heures seulement après la mort de la femme, l'extraction du fœtus put être complétée. C'est un garçon de 2,270 gr. qui paraît mort depuis quelque temps déjà : l'épiderme est macéré et décollé au niveau du scrotum et les conditions de résistance des téguments sont tellement modifiées que les tractions sur le membre inférieur, tractions qui n'ont pas été excessives, puisque le col n'est pas déchiré, ont suffi pour décoller en jambière toute la peau du membre engagé dans le col.

Le placenta extrait après l'enfant avait l'apparence normale. L'extraction du fœtus et du placenta ne pût être terminée que deux heures après la mort, à cause de la rigidité du col de l'utérus.

L'autopsie fut pratiquée le 2 juillet, 43 heures après la mort. Corps dans un état de décomposition avancée. L'examen du cœur, poumons, foie, reins ne révèle absolument rien d'anormal.

L'utérus est volumineux, mou, l'orifice du col ne présente aucune déchirure ; tous les organes sont du reste exsangues. Les vaisseaux sont vides. Pas de lésion du vagin, on trouve dans le péritoine une partie de liquide salin injecté. L'intestin n'a pas été atteint par le trocart.

A un centimètre environ au-dessous du clitoris et légèrement à gauche, on voit une perte de substance profonde à base irrégulière et qui présente à peu près les dimensions d'une pièce de 1 fr. Cette plaie paraît intéresser le paquet variqueux de la région dans toute son épaisseur et à son niveau on observe des orifices vasculaires béants, assez gros, quelques-uns comme

une radiale. Quelques petites nodosités variqueuses sur le membre inférieur gauche.

OBSERVATION XVI

Une femme de 25 ans environ, domestique, est apportée à l'hôpital dans une voiture. La sage-femme qui l'accompagne dit qu'elle vient de perdre une quantité considérable de sang par les organes génitaux.

La malade est pâle, affaissée. Respiration accélérée, pénible.

On trouve un peu de sang desséché sur la vulve et aux cuisses. L'utérus a le développement du 9^e mois. Le vagin ne renferme pas de sang. Le doigt pénètre jusqu'à l'orifice interne et sent les membranes un peu inégales. Pas de placenta prævia, Le doigt explorateur ne ramène pas de sang.

À la suite de cet examen, il fut admis que l'hémorrhagie provenait d'une varice de la vulve ou du vagin. On apercevait en effet sur la muqueuse pâle de l'entrée du vagin un plexus bleuâtre de veines ectasiées. On sentait aussi à la jambe gauche au-dessus du muscle gastro-cnémien des thromboses veineuses qui s'étaient formées dans une plaie des veines variqueuses, et il existait à cette place un petit caillot frais. Après quelques minutes de repos au lit, la malade fut prise d'agitation, et de symptômes graves d'hémorrhagie interne éclatant subitement : refroidissement, décoloration des téguments, respiration anhé-lante, pouls et cœur imperceptibles, pupilles larges presque immobiles ; pas d'hémorrhagie externe.

Sous l'influence de moyens énergiques une légère amélioration se manifeste ; mais elle fut de courte durée et bientôt après la malade succomba avec du trismus et de l'opisthotonos.

Cinq minutes après on retire par l'opération césarienne un enfant mort d'environ 34 semaines.

L'autopsie ne montre point la solution de continuité, origine de l'hémorrhagie, l'étiologie et le diagnostic restèrent ce qu'ils étaient avant l'opération.

L'auteur ajoute que la malade appartenait à une famille d'hémophiliques et qu'elle était atteinte de péricardite, ce qui expliquerait d'après lui cette mort qui ne serait pas survenue chez une femme saine, à la suite du même accident. (D^r Säger, *Arch. f. Gynæk*, Bd XIV. Heft 3, p. 410.)

B. — La rupture peut encore avoir lieu au moment de l'expulsion, quand la tête fœtale passe à travers la vulve. « Si l'hémorrhagie vient des veines variqueuses de la vulve, la rupture de ces veines peut se produire de façons différentes ; tantôt la région occipitale s'étant dégagée et la nuque étant venue prendre son point d'appui sous la symphyse, le sommet comprime les veines variqueuses contre les branches ischio-pubiennes, et il se produit une fissure de la muqueuse et une rupture de la veine qui saigne alors abondamment ; tantôt au contraire, et cela s'observe surtout chez les primipares, une déchirure latérale partie de l'orifice vaginal s'étend obliquement de bas en haut en se dirigeant vers la partie supérieure de la petite lèvre qui peut être sectionnée en partie ou en totalité. Si les veines variqueuses se trouvent sur le trajet de la déchirure, elles sont rompues et il en résulte une hémorrhagie. (BUDIN. *Thèse d'agrégation*, 1880.)

Sans insister sur l'observation classique d'Outrepont, nous rapportons ici plusieurs observations récentes de Peter Yung d'Edimbourg, qui rendent bien compte du mécanisme de cette hémorrhagie. Nous les faisons suivre d'une intéressante relation de Steudel d'Esslingen, sur un cas analogue.

OBSERVATION XVII

De PETER YUNG, extraite d'un travail sur les *hémorrhagies dangereuses des organes génitaux externes pendant et après le travail.*

Le 23 septembre 1877, je fus appelé en toute hâte auprès d'une femme qui, d'après le dire du commissionnaire, avait donné naissance à un enfant depuis quelques minutes, et qui avait une hémorrhagie alarmante. Dès mon arrivée environ 15 minutes après la naissance de l'enfant, je trouvai la malade, âgée de 25 ans. Elle avait perdu connaissance 3 fois. Pouls radial à peine perceptible. Elle est sans mouvements. Peau pâle, jaune, pupilles dilatées et sans expression, les traits tirés et la bouche ouverte. En enlevant les compresses appliquées sur la vulve je trouvai une grande quantité de caillots sur les linges : l'hémorrhagie avait cessé. En examinant l'utérus, je le trouvai fortement contracté remonté au-dessus de la symphyse. Au toucher aucune plaie du col ou du vagin. Comme il fallait prévenir toute récurrence d'hémorrhagie je tamponnai immédiatement le vagin, j'appliquai une compresse sur la vulve ; j'essayai de relever le pouls en injectant dans le rectum de l'eau-de-vie, j'entourai les extrémités de flanelle chaude, et j'appliquai de la poudre de moutarde sur la région précordiale. Ces moyens furent insuffisants et en quelques minutes la malade mourut.

Les commémoratifs m'apprirent que les douleurs avaient commencé d'abord faibles vers 4 heures, plus fortes vers 7 heures. A ce moment la sage-femme fut appelée ; à 7 heures 1/2 la poche des eaux se rompit ; les efforts de la femme amenèrent à la vulve la tête de l'enfant qui en sortit à 8 heures. L'enfant était fort, vigoureux et se mit à crier.

Au moment où la tête était hors de l'orifice vulvaire, la sage-femme vit du sang sortir en grande quantité tout autour de la tête.

Après l'expulsion de l'enfant, l'hémorrhagie continua aussi

abondamment qu'avant, et pour l'arrêter on fit la délivrance artificielle. L'utérus se contracta. Rien n'y fit, et ce ne fut que lorsque la malade s'évanouit que l'hémorrhagie se ralentit. C'est à ce moment que je fus appelé. L'autopsie fut accordée après quelques difficultés.

L'ovaire et l'utérus étaient anémiés. Le cœur était vide, tous les organes exsangues. La surface de l'utérus était unie. Sa cavité vide. A l'insertion du placenta près du fond de l'utérus, de nombreux caillots dans le sinus. Le col était mou et flasque. Le vagin était large, ses parois épaissies. En écartant les lèvres avec les doigts on voyait distinctement une déchirure de $\frac{5}{8}$ de pouce de long, s'étendant du côté gauche de l'urèthre, jusqu'à la partie gauche du clitoris. Le fond de la plaie, qui était profonde d'environ $\frac{7}{8}$ de pouce, présentait une apparence spongieuse dont les espaces communiquaient librement l'un avec l'autre et avec des veines ouvertes. Autour, 2 ou 3 vaisseaux variqueux. Il y avait de nombreuses déchirures de la muqueuse autour de l'orifice vaginal. Aucune varice veineuse des organes génitaux externes.

Dans l'observation suivante extraite du même travail, Peter Yung indique en insistant après, par des réflexions et une discussion, que nous n'avons pas cru devoir rapporter, la compression avec un doigt de la vulve qui saigne contre la symphyse pubienne ou la branche descendante pour arrêter immédiatement une hémorrhagie très abondante.

OBSERVATION XVIII

M^{me} S., 22 ans, primipare, fut prise de douleurs le 25 avril 1882, à 9 heures du matin. Les douleurs étaient d'abord modérées, mais bientôt plus fortes. Je fus appelé à 7 heures. Comme la malade restait à quelque distance je n'arrivai qu'à 8 heures $\frac{1}{2}$,

lorsque j'appris qu'elle avait mis au monde un enfant du sexe féminin, quelques minutes auparavant. Comme j'entrais dans la chambre, la garde-malade qui était naturellement très agitée m'informe, qu'au moment où la tête de l'enfant avait passé à travers la vulve, une hémorrhagie accompagnée de douleurs était survenue, et durait encore. Sans perdre un moment, je plaçai ma main sur l'utérus et je le trouvai bien contracté. Je soupçonnais d'abord que l'hémorrhagie devait provenir de la partie inférieure du canal génital. En enlevant les couvertures et en écartant les lèvres, je vis que l'origine de l'hémorrhagie provenait d'une déchirure située à un pouce et demi du clitoris sur le côté gauche, dirigée du côté de l'urèthre. En plaçant mon doigt sur la plaie et comprimant la solution de continuité contre la symphyse du pubis et la branche ascendante, j'arrêtai l'hémorrhagie. Pendant ce temps la malade avait perdu une grande quantité de sang, et était évanouie. Une cuillerée ou deux de brandy la relevèrent un peu. Le placenta était sorti par expulsion utérine. Mon doigt reste appliqué sur la plaie vestibulaire. Au bout de 5 minutes je cessai la compression, l'hémorrhagie était arrêtée. Pour éviter une récurrence, 2 sutures métalliques furent mises sur la plaie avec compresses de charpie, imbibées d'eau boriquée, le tout recouvert d'un bandage.

Pendant deux jours on vide la vessie par le cathétérisme à cause de la difficulté des mictions, et ensuite pour éviter une distension des lèvres de la plaie. Les sutures furent enlevées le 7^e jour, lorsque la plaie fut complètement guérie, la malade se rétablit, mais lentement, et à cause de son anémie elle n'allaita pas son enfant.

OBSERVATION XIX

D^r STEUDEL, d'Esslingen. *Gaz. méd.*, 1834.

Hémorrhagie mortelle occasionnée par la rupture d'une varice pendant l'accouchement.

Une femme de trente et quelques années, chez laquelle deux grossesses et deux accouchements précédents avaient suivi une marche régulière sans accident particulier, remarqua vers la fin de la troisième grossesse une tumeur molle sortant hors du vagin, que la sage-femme déclara être une grosse varice puerpérale (Kindsader) et pour laquelle elle prescrivit de tirer du sang. La tumeur diminua par ce moyen, mais ne disparut pas, et même au bout de quelque temps elle augmenta de volume. Du reste la femme se trouvait bien ; et quoique je vinsse dans la maison pour donner mes soins à un enfant, jamais elle ne se plaignait à moi de souffrir.

L'accouchement suivit une marche naturelle ; mais à l'arrivée de la tête dans l'excavation du bassin, la tumeur se rompit tout à coup, et il s'en écoula, autant que je puis en juger, une quantité de sang équivalant à six ou sept litres. La malade devint très faible, les extrémités se refroidirent ; elle perdit connaissance.

Je fus aussitôt appelé avec un accoucheur : mais toutes les tentatives pour la rappeler à la vie furent inutiles.

Le sac vide de sang, qui, même dans cet état de vacuité, aurait pu contenir le poing, pendait hors de la vulve. On appliqua le forceps, mais comme il glissait toujours, on opéra la version qui amena promptement un enfant mort avec un spina bifida et un occiput arrêté dans son développement.

Steudel, ajoute que l'autopsie ne fut point faite et l'auteur se demande si la varice avait son origine dans

l'utérus, le vagin ou les organes génitaux externes ; et il adopte la dernière opinion, parce que, dans le premier cas, c'est-à-dire si le sang était venu de l'utérus, la rupture aurait eu lieu sans doute plus promptement par les contractions utérines.

L'auteur se demande ensuite quelle conduite tenir en face d'un pareil cas. Doit-on vider la tumeur, puis la lier ensuite avant l'accouchement ? Il ne conseille de le faire que si la varice provient du vagin et des organes génitaux externes.

OBSERVATION XX

Une femme d'une constitution molle et lymphatique, déjà mère de deux enfants, avait le long des cuisses et des jambes, aux grandes lèvres et dans le vagin une grande quantité de varices dont l'une, située dans le vagin, était surtout d'un volume remarquable.

Le travail se déclara pour une troisième grossesse et suivit d'abord une marche régulière. La tête s'engagea peu à peu dans l'excavation pelvienne : mais la varice du vagin augmentant peu à peu de volume finit par se rompre et par déterminer une hémorrhagie très abondante. Ce fut en vain qu'on employa le tamponnement et qu'on espéra de l'avantage des progrès du travail qui faisait avancer la tête. La persistance de l'hémorrhagie, la débilité croissante de la femme, la cessation des contractions utérines obligent à recourir au forceps. Au moyen de cet instrument l'enfant fut extrait vivant et sans difficulté.

L'hémorrhagie qui avait persisté jusque-là, fut arrêtée sans retard par le tamponnement, et les suites des couches furent très heureuses.

(D'UTREPONT. Mémoires et matériaux concernant l'art des accouchements.)

OBSERVATION XXI

De la Maternité (TARNIER).

Marguerite R..., primipare, 22 ans, présentation du sommet en occipito-iliaque gauche antérieure ; l'occiput s'inclina légèrement du côté gauche et l'on vit s'écouler à droite et à gauche une certaine quantité de sang rutilant. Ce sang ne pouvait venir de l'utérus, les épaules et le tronc remplissant la cavité vaginale.

Ces parties furent expulsées à leur tour et au fur et à mesure qu'elles se dégageaient, on voyait sortir couvert de sang tout le côté droit de l'enfant, côté qui était dirigé en haut.

Nous pensâmes à une hémorrhagie clitoridienne, dont M. La-royenne de Lyon, avait quelques mois auparavant rapporté plusieurs exemples. Après l'expulsion de l'enfant, le sang continua de couler abondamment. Il était rutilant et venait de la branche droite du clitoris. A plusieurs reprises on fit des lavages à l'eau froide, l'écoulement diminua beaucoup, quelques minutes après la délivrance fut faite par expression. Le placenta sortit par son bord, sa face utérine n'était pas recouverte des membranes.

L'écoulement de sang continuait par la plaie clitoridienne, quelques nouveaux lavages à l'eau froide et dix minutes de compression firent cesser l'hémorrhagie. L'enfant était du sexe masculin, volumineux, sa longueur de 69 centimètres, son poids 3,700 grammes.

Diagnostic. — Une hémorrhagie consécutive à la rupture de varices vulvaires sera plus sûrement reconnue pendant le travail et l'expulsion que pendant la grossesse ; car dans de pareilles circonstances, au lit d'une femme qui accouche, il est bien peu de médecins qui n'examinent tout d'abord les organes génitaux externes. Donc

inspection attentive de la région, toucher offrant les mêmes signes que ceux du toucher pendant la grossesse, c'est-à-dire, doigt ressortant de la vulve sans être maculé de sang et sans ramener de caillots. De plus, l'attention sera attirée vers cette complication, quand on aura remarqué sur les grandes ou petites lèvres des ectasies veineuses, quand la parturiente aura accusé la présence de grosseurs aux parties, grosseurs qui auront augmenté assez considérablement depuis le début du travail. Et pourtant malgré la facilité du diagnostic, combien d'hémorrhagies vulvaires ont été prises et traitées pour des placentas prævia, pour des déchirures du col utérin ! et toujours par faute d'en connaître l'existence ou de songer à leur possibilité. Donc encore une fois inspecter et toucher ; et on évitera de prendre pour des placentas prævia, pour des fungus, des tumeurs, des varices du col, une simple rupture de veines variqueuses de la vulve.

On reconnaîtra toujours facilement une déchirure non variqueuse du périnée, des petites ou des grandes lèvres. Dans le cas de rupture de varices « après le dégagement de la tête et avant la sortie du tronc, on voit le sang s'écouler à droite et à gauche du cou de l'enfant ; le fœtus ayant été totalement expulsé, l'hémorrhagie continuera, et en écartant les grandes et petites lèvres, on reconnaîtra le lieu où s'est faite la lésion. Le sang coule en bavant lorsqu'une veine a été déchirée ; si, au contraire l'hémorrhagie était due à la rupture d'une branche artérielle, en écartant les lèvres de la plaie, on verrait se produire des jets fins et intermittents » (Budin).

Le diagnostic est plus difficile entre les hémorrhagies d'origine vulvaire et celles provenant du vagin. En 1876, Budin signala un symptôme permettant de reconnaître une hémorrhagie des parois vaginales (*Progrès médical*, 1877) : c'était la présence d'une large tache de sang sur l'épaule et le tronc du fœtus à sa sortie de la vulve.

Deux observations très concluantes permettent d'attacher une assez grande importance au bien fondé de ce signe ; nous les citons entièrement, bien qu'elles ne se rapportent qu'indirectement au sujet que nous traitons, car elles ont une véritable valeur au point de vue du diagnostic différentiel.

OBSERVATION XXII

Le 16 décembre 1875, j'assistai à la Maternité à l'accouchement de la nommée Barr..., primipare. L'enfant présentait le sommet en OIGA. La tête étant sortie, lorsque le corps se dégagea, je remarquai sur l'épaule droite une large tache de sang qui se continuait sur toute la partie latérale du tronc et sur le siège du même côté. Pendant qu'on essuyait l'enfant, et qu'on attendait la cessation des battements du cordon pour en faire la ligature, me rappelant un fait dans lequel un vaisseau clitoridien s'étant rompu, j'avais vu couler le sang sur le cou du fœtus avant la sortie du tronc, je me demandai si une hémorrhagie n'allait pas avoir lieu, hémorrhagie dont la source serait non pas au niveau du clitoris, mais un peu en arrière, puisque du sang n'avait pas glissé sur le cou de l'enfant. En surveillant attentivement la vulve, je vis, après quelques minutes, du sang rouge couler abondamment. Je signalai cette hémorrhagie à l'aide sage-femme qui s'occupait de l'enfant et je lui en indiquai la source probable.

Elle mit immédiatement la main sur le fond de l'utérus, comprima et déprima cet organe. Une certaine quantité de caillots sortit par la vulve, elle crut alors à une hémorrhagie utérine et donna l'ordre de préparer du seigle ergoté. Je lui fis remarquer que l'utérus, sous sa main, était dur, contracté et que, cependant, un écoulement abondant persistait.

Après avoir placé la femme dans une situation qui permettait à la lumière d'arriver sur les parties génitales, j'écartai les lèvres et les parois du vagin, et je vis, du côté droit, ruisseler du sang très rouge, dont la couleur contrastait avec la coloration foncée, noirâtre des caillots.

Il y avait là des varices nombreuses et volumineuses qui s'étaient rompues en un point qu'on put voir exactement après avoir essuyé la muqueuse. De même sur la paroi gauche du vagin, il existait des varices énormes qui présentaient également une déchirure par laquelle s'écoulait une certaine quantité de sang.

Ce qui s'était passé est facile à comprendre. Aussitôt après la sortie du corps, le sang avait coulé et s'était accumulé dans le vagin. Ce canal s'était laissé distendre, puis enfin le sang avait coulé en dehors. En comprimant l'utérus on avait abaissé cet organe et du même coup chassé une partie des caillots contenus dans le vagin. L'expression faite à ce moment par l'aide sage-femme avait suffi pour en faire sortir le placenta. On introduisit un linge dans le vagin et on fit la compression des 2 côtés. L'hémorrhagie s'arrêta ; au bout de 10 minutes on cessa la compression ; sur la paroi latérale droite, le sang ne coulait plus, mais l'écoulement persistait sur la paroi gauche. On fit de nouveau la compression : après un quart d'heure toute hémorrhagie avait cessé.

Quinze jours après, j'eus l'occasion d'observer un nouveau fait de ce genre. Il s'agissait encore d'une primipare : lorsque le tronc sortit, l'épaule et tout le côté qui était dirigé en haut se trouvaient être le siège d'une large tache de sang. Je pus, au grand étonnement des élèves, prédire une hémorrhagie des

parois du vagin. Après quelques minutes en effet le sang coulait abondamment. Les caillots contenus dans la cavité vaginale furent enlevés et les lèvres écartées : on vit alors qu'une varice des parois s'était rompue et était la source d'une hémorrhagie que des lavages à l'eau froide, puis la compression, permirent d'arrêter.

Le D^r Herne a observé un fait analogue :

L'existence d'une tache de sang très étendue sur le fœtus lui avait fait soupçonner la rupture d'une veine vaginale, le diagnostic ayant été immédiatement confirmé par l'inspection, il avait pu arrêter presque immédiatement l'hémorrhagie.

Pronostic. — L'hémorrhagie par rupture de varices vulvaires pendant le travail et l'accouchement est presque aussi grave que pendant le cours de la grossesse, car la vie de l'accouchée est toujours en danger si le médecin fait une erreur de diagnostic. Cependant l'examen des organes génitaux externes étant en quelque sorte une obligation pour l'accoucheur, le péril sera moindre. L'écoulement du sang de chaque côté de la tête du fœtus arrivée hors de la vulve, éloignera toute idée d'une lésion de l'utérus ou du col. Quand au contraire la tête appuie sur le plancher périnéal le sang d'une lésion supposée des organes génitaux internes ne pouvant se faire jour au dehors, on ne pourra faire autrement que de songer à une lésion vulvaire ; et encore une fois, y songer, c'est sauver la femme.

III. — RUPTURE DES VARICES APRÈS L'ACCOUCHEMENT

Cette complication est rare et cela se conçoit facilement. Quand les varices vulvaires ont résisté à une gestation de neuf mois, quand le passage du fœtus à travers la vulve dilatée n'a pas brisé leur fragiles parois, on peut espérer que la rupture ne se produira pas. Pourtant le fait s'est rencontré et donne toujours lieu à une erreur de diagnostic ; il est si naturel de songer à une hémorrhagie de la délivrance.

L'hémorrhagie des varices vulvaires après l'accouchement est toujours moins abondante et moins rapide que pendant ou avant le travail : c'est que l'utérus est contracté, revenu sur lui-même et remonté dans l'abdomen ; le fœtus n'est plus là pour comprimer les organes génitaux externes. Alors plus de stase sanguine ; la circulation en retour est libre et les caractères de l'hémorrhagie, quand elle se produit sont dès lors moins foudroyantes que dans les cas précédents.

En voici deux observations, l'une de M^{me} Lachapelle, l'autre de Cazin, ce dernier ayant cru qu'il s'agissait d'un décollement partiel du placenta :

OBSERVATION XXIII

M^{me} LACHAPELLE. *Pratique des accouchements*, t. III.

Une femme lymphatique, âgée de 25 ans, accouche pour la seconde fois le 8 janvier au matin, après un travail de qua-

tre heures, l'enfant pesait 5 livres 1/2. L'utérus s'était contracté et cependant on s'aperçut dans l'après-midi que cette femme perdait plus de sang que les lochies n'en peuvent donner. Elle pâissait, s'affaiblissait. Des linges froids et humides, une injection d'eau froide dans le vagin, n'avaient point arrêté l'hémorrhagie. Je touchai d'ailleurs l'utérus bien contracté et tout à fait vide. J'écartai alors les lèvres du vagin et j'observai sur la nymphe gauche tuméfiée et ecchymosée une petite ouverture fournissant un jet de sang semblable à celui d'une saignée. J'appliquai sur cette déchirure un morceau d'agaric soutenu par un tampon de charpie.

L'hémorrhagie s'arrêta, la femme reprit ses forces et sortit de l'hospice fort bien portante, quelque temps après.

OBSERVATION XXIV

Cazin a été appelé le 1^{er} mai 1870, auprès d'une dame de 39 ans, primipare, qui venait d'être accouchée par M^{me} G., sage-femme. Avant la délivrance elle avait été prise d'hémorrhagie considérable, le col était inondé de sang. Pensant à un décollement partiel du placenta, j'introduisis la main et pus extraire sans rencontrer de difficulté le délivre. L'utérus se contracta immédiatement, mais l'écoulement continuait et une syncope se manifesta. Voulant chercher le point précis d'où partait la perte, je fis mettre la malade sur le bord du lit et lavant à grande eau, je ne tardai pas à découvrir une fissure presque imperceptible siégeant sur le capuchon du clitoris à gauche, et se dirigeant vers la petite lèvre correspondante. N'ayant pas de serre-fine sous la main, j'arrêtai promptement l'issue du sang en passant une épingle ordinaire comme une suture entortillée, de chaque côté des lèvres de la solution de continuité et en la fixant avec un fil ciré.

La guérison se fit sans accident. La varice qui avait été le point de départ de l'hémorrhagie prit un développement plus

considérable à une nouvelle grossesse survenue trois ans après. Mais cette fois l'accouchement ne présenta aucune complication.

Le diagnostic de l'hémorrhagie variqueuse vulvaire après l'accouchement, est en général facile. Quand on verra un écoulement de sang à la vulve, sans qu'il y ait d'inertie utérine ; quand on sentira sous le doigt la matrice dure, globuleuse, contractée, remontée au-dessus du pubis, on pourra songer à une hémorrhagie d'origine vulvaire ou vaginale, surtout si le placenta est sorti. Parfois le diagnostic sera fort embrouillé, car il pourra, avant la délivrance, se faire une hémorrhagie provenant d'un décollement partiel du placenta, en même temps qu'une lésion d'une varice vulvaire pourra donner du sang. Il faudra alors faire au plus tôt la délivrance, et examiner attentivement. La différence sera parfois aussi bien délicate quand il s'agira de déterminer si la source de l'écoulement est dans la vulve ou dans les parois vaginales. C'est alors que le signe de M. Budin, si on y a songé au moment de l'expulsion du fœtus, pourra venir éclaircir le diagnostic. Il faudra pourtant se hâter de sortir d'embarras, car la parturiente, fatiguée par un travail plus ou moins long et par les douleurs de l'expulsion, résisterait encore moins facilement qu'à l'état normal à une perte de sang que le médecin ne saurait rapidement arrêter : ce qui lui sera toujours facile, s'il songe à la possibilité d'une lésion de la vulve.

TRAITEMENT

L'abondance extrême de l'hémorrhagie variqueuse vulvaire, sa rapidité parfois foudroyante exigent impérieusement une intervention locale aussi hâtive que possible.

En face d'une malade qui perd en si grande quantité, menacée de syncope, l'hésitation n'est pas permise ; mais l'indication du traitement est si formelle, si simple, quand le clinicien est prévenu de la possibilité de l'accident, que l'embarras n'est pas possible longtemps. Arrêter l'hémorrhagie par une compression locale quelconque, est toujours une chose facile, quand la solution de continuité est sous les yeux du praticien ou de la sage-femme.

Dans certains cas pourtant, l'indication sera moins nette ; nous allons les passer en revue en indiquant la conduite à tenir en face d'une hémorrhagie par rupture de varices vulvaires pendant la grossesse, pendant le travail et après l'accouchement.

I. *Pendant la grossesse.* — Non seulement il faut savoir arrêter l'hémorrhagie vulvaire à cette période, mais mieux est encore de prévenir la rupture. Pour cela, à une femme porteur de varices vulvaires, le médecin devra recommander certaines précautions : éviter les

grandes fatigues, les cris, efforts ; pas de course rapide, ni de sauts ; pas de grands efforts de miction ou de défécation ; pour cela, prendre de temps en temps quelques diurétiques et purgatifs légers. En cas de démangeaisons, éviter les grattages, ce qui sera souvent difficile ; pourtant, des applications de cocaïne, des bains d'amidon, pourront empêcher l'accident en supprimant la cause. M. Budin ne croit pas que les diverses recommandations faites « d'éviter la situation verticale ou assise trop longtemps prolongée, les vêtements serrant trop la taille, la constipation, etc... », soient suivies de succès ; il en sera de même, dit-il, des saignées générales conseillées par Peu et Deneux, et probablement aussi des saignées séreuses (purgatifs) proposées par M. Blot.

M. Tarnier, dans les cas où les varices génitales provoquent la sensation de gêne, de pesanteur, recommande la situation horizontale et « les malades, dit-il, seront presque toujours soulagées pour une compression douce que l'on établit au moyen d'un bandage en forme de T ». Dans certains cas le coït peut être déconseillé.

Si, malgré précautions et recommandations, l'hémorrhagie se produit, l'hémostase est toujours facile. La solution de continuité est-elle petite, en fissure, en piquûre, une simple serre-fine suffira. L'ouverture est-elle plus considérable ? On se sert alors d'une pince à forci-pression qu'on laisse en place. Inutile de dire, bien entendu, que tous ces instruments doivent être aussi antiseptiques que possible. De grands lavages de la vulve avec des solutions de sublimé ou d'acide borique chaudes pourront parfois amener la formation d'un caillot obtu-

rateur ; en tout cas ils seront indispensables pour la recherche de la solution de continuité. Si le point précis de la rupture ne peut-être déterminé, on applique sur la partie soupçonnée de donner du sang, un morceau d'agaric trempé dans une solution antiseptique, on fait la compression avec du coton hydrophile et un bandage en T un peu serré. Souvent un simple tampon d'ouate antiseptique suffit. On comprend que, lorsque ces faits d'hémorrhagie vulvaire étaient mal connus, le tamponnement vaginal ait arrêté certains écoulements sanguins non diagnostiqués des parties génitales externes ; c'est la partie inférieure seulement du tampon qui obturait la solution de continuité ; et si pour une raison quelconque, examen ou besoin d'uriner, comme dans l'observation de Tarnier, on enlève cette partie vulvaire du tamponnement, l'hémorrhagie se reproduit. C'est donc l'erreur de diagnostic qui peut détruire les services rendus par une intervention thérapeutique même mal éclairée.

Dans certains cas, où le médecin a été appelé tard auprès d'une femme que d'abondantes pertes ont déjà affaiblie, il faut, si l'on n'a sous la main ni serre-fine, ni tampon, appliquer immédiatement un ou deux doigts sur la partie supérieure de la vulve. Peter Yung insiste sur ce moyen que lui a réussi dans une des observations rapportées plus haut. Il comprime ainsi la vulve contre la symphyse pubienne et les branches descendantes du pubis.

Nous n'insisterons par sur les moyens généraux d'arrêter l'hémorrhagie et de ranimer une femme épuisée par

d'abondantes pertes sanguines, révulsifs locaux ou généraux, friction, compression, ligature sur la racine des membres, couvertures chaudes, transfusion du sang; nous voulons seulement signaler la très grande tolérance pour l'alcool et toutes les liqueurs alcooliques, des femmes se trouvant dans un état de syncope et de complet épuisement causés par une forte hémorrhagie. Mon cher maître, M. Budin, a insisté très souvent, dans ses intéressantes leçons de la Charité, sur cette tolérance curieuse chez des femmes qui à l'état normal ne peuvent être soupçonnées d'alcoolisme.

II. *Pendant l'accouchement.* — A cette période le traitement préventif de l'hémorrhagie vulvaire a une certaine importance et demande à être discuté.

Il faut d'abord vider la vessie, le rectum, élever le siège de la femme, et laisser le champ libre, autant que possible, à la circulation veineuse. Ceci fait, on peut suivre les conseils de Peu et veiller à ce que l'enfant ne sorte pas trop vite, engager la parturiente à ne pas trop obéir à ce besoin impérieux de pousser. Chailly-Honoré mit en pratique les indications de Peu et il lui suffit de soutenir les varices vulvo-vaginales avec les doigts jusqu'à ce que la tête, s'engageant dans les parties génitales, les comprimât elle-même, pour éviter une déchirure veineuse.

Dans un cas analogue, Delanoy, de Boulogne-sur-Mer, est arrivé au même résultat, en appliquant le forceps non pas, après la rupture, comme l'avait tenté d'Outrepont, mais avant, et sans que la déchirure se produisît. Il a fait cette application avec des précautions extrêmes,

de manière à n'intéresser en rien les varices. Nous avons rapporté cette curieuse observation dans la première partie de notre travail. (M^{me} Lerovillois. Observation de Delanoy.)

Deneux proposait, si les varices mettent obstacle au passage de la tête, de faire une piqûre de la veine variqueuse avec la pointe d'une lancette ; il prétend qu'ainsi l'écoulement serait sans importance, facile à arrêter ; la vulve tuméfiée se dégorgerait, et serait moins exposée à une déchirure. « Je sais bien, dit-il, que cette déchirure produirait le même effet, mais elle peut n'intéresser que les vaisseaux d'où résultera le thrombus ; ou bien elle peut en même temps comprendre largement la membrane muqueuse, car il est impossible de savoir d'avance où elle s'arrêtera. On sera exposé alors à une hémorrhagie d'autant plus difficile à suspendre qu'il y aura un plus grand nombre de vaisseaux lésés. » Hervieux s'élève avec énergie, et à juste raison, contre le conseil donné par Deneux et lui adresse deux reproches graves : « Le premier c'est qu'en prévision d'un accident que sa rareté bien connue rend fort peu présumable, il est pour le moins imprudent d'inciser des varices qui ne se seraient pas ouvertes d'elles-mêmes, et de s'exposer à une hémorrhagie susceptible de faire périr la mère. Le deuxième c'est que l'on pratique l'opération dans les conditions les plus défavorables, puisque l'analyse des faits recueillis jusqu'à ce jour nous montre l'hémorrhagie génératrice du thrombus comme ayant des conséquences les plus redoutables pendant la grossesse et le travail ».

Si malgré tout, on voulait se servir du moyen de

Deneux, il ne faudrait le faire que si la terminaison immédiate de l'accouchement était possible ; il n'y aurait d'exception à cette règle que pour les tumeurs variqueuses dont la rupture est imminente ; alors, aussitôt après l'affaïssement des veines, placer une serre-fine, ou faire le tamponnement.

Blot, pour empêcher les femmes de pousser et de crier, efforts pouvant amener une rupture variqueuse, conseille de donner du chloroforme. Budin, dans un cas, s'est bien trouvé de son administration à dose analgésique.

OBSERVATION XXV

Chez une dame secundipare présentant des varices de la vulve et du vagin tellement développées que pendant la grossesse nous avons cru devoir recommander les plus grands ménagements dans les rapports sexuels, nous [avons pendant l'accouchement administré du chloroforme à dose analgésique ; au moment de la période d'expulsion, il n'y a eu ni cris, ni gémissements ; nous avons empêché tout effort, et l'accouchement s'est terminé rapidement et heureusement sans que les varices de la vulve et du vagin aient pour ainsi dire augmenté de volume pendant le travail.

L'enfant était une fille de poids moyen. (BUDIN. *Thèse d'agrégation*, 1880.)

Mais si malgré tout, l'hémorrhagie se produit pendant le travail, il y a deux indications formelles : si le travail est peu avancé, le col peu dilaté, la tête fœtale haut placée, il faut arrêter l'hémorrhagie par la compression locale ; nous nous sommes assez appesanti sur les diffé-

rents moyens au service de l'accoucheur en face de cet accident, pour n'avoir plus à y revenir.

La tête appuie-t-elle sur le plancher périnéal, est-elle à la vulve au moment où la varice se rompt, on doit terminer l'accouchement le plus vite possible, soit en hâtant l'extraction naturelle, soit en faisant une application de forceps ; puis on fait l'hémostase avant même de lier le cordon.

III. *Après l'accouchement.* — Nous n'avons que peu de chose à ajouter au point de vue du traitement de l'hémorrhagie variqueuse de la vulve après l'accouchement. Nous avons vu combien le diagnostic en était difficile avec celui des ruptures variqueuses du vagin. Si l'on arrive par un examen attentif à trouver le point précis de la rupture sur la vulve, une serre-fine sera suffisante, sinon on fera le tamponnement de la partie inférieure du vagin et en même temps de la vulve, après s'être assuré que la délivrance est terminée, et qu'il n'y a pas d'hémorrhagie utérine.

Il faudra se garder, quoique l'inconvénient ne soit pas bien grave, d'enlever trop tôt la serre-fine ou le tampon. Rien ne s'oppose à ce qu'une pince bien antiseptique reste en place plus de 24 heures ; quant au tampon il sera renouvelé une ou deux fois par jour, afin de surveiller la solution de continuité, et de permettre en même temps la désinfection des organes génitaux de l'accouchée.

CONCLUSIONS

Parmi les accidents provoqués par la présence de varices même peu considérables à la vulve, un seul, la rupture, est d'une très grande gravité, par ce fait que la lésion est presque toujours inconnue ou méconnue.

Cette rupture est suivie d'une hémorrhagie, quelquefois foudroyante, pouvant amener rapidement la mort de la mère et mettre en danger la vie de l'enfant.

Cette issue funeste provenant toujours d'un diagnostic non fait ou erroné, cette erreur pouvant très facilement être évitée, une fois le médecin ou la sage-femme prévenus, il suffira d'examiner avec les soins les plus minutieux les organes génitaux externes pour y trouver et la cause de l'hémorrhagie et l'indication formelle du traitement.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu par le Président de la thèse,
DUPLAY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

IMPRIMERIE LEMALE ET C^{ie}, HAVRE

